

# RECURSOS

*Si usted es víctima de un crimen violento, tiene ciertos derechos bajo las leyes de Massachusetts, y puede ser elegible para ciertos servicios.*

Para más información sobre los derechos para las víctimas de crímenes violentos, comuníquese con el Programa de Asistencia para Víctimas y Testigos en la Oficina de Fiscal de Distrito local o una de las siguientes agencias gubernamentales.

## OFICINA DEL FISCAL DE DISTRITO PROGRAMA PARA VÍCTIMAS Y TESTIGOS DE CRÍMENES VIOLENTOS

Berkshire County	(413) 443-3500
Bristol County	(508) 997-0711
Cape and Islands	(508) 362-8103
Essex County	(978) 745-6610
Hampden County	(413) 747-1000
Middlesex County	(781) 897-8490
Norfolk County	(781) 830-4800
Northwestern District	(413) 586-5780
Plymouth County	(508) 894-6309
Suffolk County	(617) 619-4000
Worcester County	(508) 792-0214

## PROGRAMAS DE ASISTENCIA PARA VÍCTIMAS A TRAVÉS DEL ESTADO

Oficina de Asistencia para Víctimas  
(617) 727-5200 • [www.mass.gov/mova](http://www.mass.gov/mova)

Departamento de Libertad Condicional  
(508) 650-4500 • [www.mass.gov/parole](http://www.mass.gov/parole)

Departamento de Historia Criminal  
(617) 660-4690 • [www.mass.gov/chsb](http://www.mass.gov/chsb)

Oficina del Procurador Federal de los Estados Unidos  
(617) 748-3100 • [www.usdoj.gov/usao/ma](http://www.usdoj.gov/usao/ma)

Departamento de los Servicios de la Juventud  
(617) 960-3290 • [www.mass.gov/dys](http://www.mass.gov/dys)

Departamento de Correcciones  
(866) 684-2846 • [www.mass.gov/doc](http://www.mass.gov/doc)

# COMPENSACIÓN PARA VÍCTIMAS

## ASISTENCIA FINANCIERA PARA VÍCTIMAS DEL CRIMEN EN EL ESTADO DE MASSACHUSETTS



## OFICINA DE LA FISCAL GENERAL MARTHA COAKLEY

### DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN Y ASISTENCIA PARA VÍCTIMAS

One Ashburton Place  
Boston, MA 02108  
(617) 727-2200  
(617) 727-4765 TTY  
(617) 742-6262 Fax  
[www.mass.gov/ago](http://www.mass.gov/ago)

## UN MENSAJE DE LA FISCAL GENERAL MARTHA COAKLEY

Los malos tratos tienen un impacto devastador en la vida de una persona. Los consecuentes daños físicos y psicológicos pueden afectar su capacidad para trabajar, ir a clase y alcanzar sus

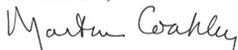


metas y aspiraciones personales. A menudo, las víctimas necesitan recibir tratamiento con el fin de aliviar los daños provocados por los malos tratos que han recibido de otra persona. Los gastos económicos que ello conlleva – tras perder a un ser querido, para cuidados médicos y odontológicos, para ayuda psicológica, y a causa de secuelas que derivan en la incapacidad para trabajar – no deben emplearse como excusa para criticar a los que sufren crímenes violentos.

Como la Fiscal General, me dedico a representar a las víctimas de crímenes violentos y a ofrecerles los medios y el apoyo que necesitan para empezar el proceso de curación. Nuestro Programa de Compensación de Víctimas es un servicio que trabaja duramente para que así ocurra. Facilitamos ayuda económica a las víctimas pertinentes para cubrir los gastos médicos y odontológicos, de consulta psicológica, funerarios y de entierro, y de pérdida de salario a causa de la incapacidad laboral. Nuestro departamento emplea fondos obtenidos de los agresores y puede ayudarle con los gastos hasta un máximo de \$25,000 por agresión. Mi personal informado con el que contamos le ayudará a conocer sus derechos como víctima de crímenes violentos, a determinar la indemnización correspondiente y a señalar qué otros servicios de ayuda se encuentran disponibles.

Si usted o uno de sus seres queridos ha sido víctima de crímenes violentos, por favor tómese su tiempo para leer este folleto y ponerse en contacto con nuestro Programa de Compensación de Víctimas para que le proporcione ayuda.

Cordialmente,



Martha Coakley, La Fiscal General

### ¿QUIÉN ES ELIGIBLE?

- Víctimas de crímenes violentos cometidos en Massachusetts
- Dependientes y familiares de víctimas de homicidio
- Cualquier persona responsable por los gastos funerarios de una víctima de homicidio

### ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS?

- El crimen debe de ser reportado a la policía dentro de cinco días, a menos que haya una buena excusa por la demora.
- Usted debe cooperar con los oficiales de la ley en la investigación y proceso judicial del crimen, a menos que haya una excusa razonable para no cooperar.
- Usted debe solicitar compensación dentro de tres años de ocurrido el crimen. Víctimas menores de 18 años al momento del crimen, pueden solicitar hasta la edad de 21 años, o más tarde en ciertas circunstancias limitadas.

### ¿QUE GASTOS CUBRE?

Si sus fondos o seguros no cubren sus gastos, usted puede ser reembolsado por:

- Gastos médicos o dentales (incluyendo equipo, provisiones y medicamentos)
- Gastos de consulta psicológica (para víctimas, familiares de víctimas de homicidio, y menores que han sido testigos de violencia, contra un miembro de la familia)
- Gastos funerarios/entierro hasta \$4,000
- Pérdida de salario (para víctimas solamente)
- Pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio)
- Gastos de amas de casa

**Gastos no cubiertos:** pérdida de propiedad, compensación por dolor y sufrimiento y toda otras pérdidas.

### ¿CÓMO SOLICITO?

- Llene la solicitud y devuélvala a División de Compensación y Asistencia para Víctimas para verificación. En general, usted recibirá una decisión entre 4 a 6 meses.
- Su reclamación puede volverse a iniciar para cubrir futuros gastos.

**I. INFORMACIÓN SOBRE LA VÍCTIMA**Nombre de la víctima: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_  
*Nombre Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad en el momento del incidente: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
*Mes Día Año***II. INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE** *Si el solicitante es la víctima, y es mayor de 18 años, llene la solicitud; si la víctima es menor de 18 años, la solicitud debe ser llenada por padres o guardianes.*Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Femenino: \_\_\_\_\_ Masculino: \_\_\_\_\_  
*Nombre Apellido*

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco con la víctima: \_\_\_\_\_ NSS: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
*Mes Día Año*

Si llena el nombre de dependiente(s) que son menor(es) de edad y son dependientes de una víctima de homicidio, indique parentesco: \_\_\_\_\_

**III. INFORMACIÓN SOBRE EL CRIMEN** *Tipo de crimen:*

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Robo armado         | <input type="checkbox"/> Incendio provocado   | <input type="checkbox"/> Asulto (no familia) | <input type="checkbox"/> Otros crímenes de vehículo      |
| <input type="checkbox"/> Violencia domestica | <input type="checkbox"/> Manejando entoxicado | <input type="checkbox"/> Acoso               | <input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual a menores |
| <input type="checkbox"/> Secuestro           | <input type="checkbox"/> Asulto sexual        | <input type="checkbox"/> Homicidio           | <input type="checkbox"/> Otros: _____                    |

Lugar exacto del crimen: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

Fecha del crimen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fecha reportado (crimen): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
*Mes Día Año Mes Día Año**Si el crimen no fué reportado dentro de 5 días, favor de explicar la razón en una declaración adjunta.*

Nombre del departamento de policía: \_\_\_\_\_ Nombre del oficial investigador: \_\_\_\_\_

Nombre de persona(s) que cometió el crimen si es conocido: \_\_\_\_\_

Si usted ha sido atendido por un intercesor(a) de víctima en la corte u oficina del fiscal de distrito, favor de proveer nombre y teléfono del intercesor(a): \_\_\_\_\_

Describa brevemente las circunstancias del crimen: \_\_\_\_\_

**IV. GASTOS** *Indique tipos de gastos por los cuales usted solicita compensación.*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gastos médicos*                  | <input type="checkbox"/> Efectos médicos/farmacéuticos*                              | <input type="checkbox"/> Gastos de consulta para la víctima*  |
| <input type="checkbox"/> Servicios funerarios/entierro* † | <input type="checkbox"/> Gastos de consulta para parientes de víctimas de homicidio* | <input type="checkbox"/> Pérdida de apoyo financiero (para dependientes de víctimas de homicidio)                       |
| <input type="checkbox"/> Servicios dentales*              | <input type="checkbox"/> Pérdida de salario (para víctima solamente)                 | <input type="checkbox"/> Gastos de consulta para menores que son testigos de violencia contra un miembro de la familia* |
| <input type="checkbox"/> Gastos de ama de casa*           |  |   |

*\*Adjunte copias de cuentas y/o recibos.*

† Nombre de funeraria: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**V. PÉRDIDA DE INGRESOS** *Llenar si busca pérdida de salario o apoyo financiero.*

Nombre de patron de la victima: \_\_\_\_\_ Persona a llamar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Si la víctima ha regresado o regresará al trabajo, estimar período de incapacidad: \_\_\_\_\_

Completar solamente si está solicitando apoyo financiero para dependiente(s) de víctima de homicidio:

Nombre de dependiente(s)	Fecha de nacimiento	NSS	Parentesco con la víctima
_____	____/____/____	____-____-____	_____
_____	____/____/____	____-____-____	_____
_____	____/____/____	____-____-____	_____
_____	____/____/____	____-____-____	_____

**VI. OTRAS FUENTES DE ASISTENCIA FINANCIERA** *Marcar todas las posibles fuentes para pagos de gastos total o parcial.*

- Seguros médicos
- Seguro de vida o accidente
- Seguro de automóvil
- Otros (*favor especificar*): \_\_\_\_\_
- "Cuidado gratis" en el hospital
- Beneficios de desempleo
- Beneficios por incapacidad
- Compensación laboral
- Restitución
- Beneficios públicos (welfare, Medicare, Medicaid, SSDI)

Nombres de las compañías de seguro aplicable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

¿Usted ha iniciado una demanda o piensa iniciar un demanda civil? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ No está seguro: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, nombre de abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**VII. INFORMACIÓN OPCIONAL** *Para propósitos estadísticos solamente.*

- Raza/grupo étnico de la víctima:
- Blanca
  - Negro
  - Hispano
  - Asiático
  - Indio Americano
  - Otro
  - No deseo contestar la pregunta.

¿Quien lo refirió a la División de Compensación y Asistencia Para Víctimas? \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN**

Yo entiendo que el Fondo De Compensación para Víctimas es un fondo de último recurso. Prometo informarle a la División de cualquier dinero o recompensa que yo he recibido o recibiré de cualquier otra fuente de recursos financieros por los gastos o pérdidas por los cuales he solicitado compensación, y reembolsarle al estado esos fondos inmediatamente.

Yo autorizo a cualquier hospital, facilidad médica, doctor, proveedor de servicios mentales/emocionales, compañía de seguro, jefe/patrón, persona o agencia, que de información a la División de Compensación Para Víctimas. Yo entiendo que la información va a usarse para hacer una determinación en mi reclamo de fondos de compensación. Yo no autorizo el uso o la revelación de ésta información a cualquier otra persona o entidad, para ningún otro propósito. Una fotocopia de ésta autorización es tan válida como la original. Esta autorización expira al llegar a una determinación final y al completarse todos los requisitos bajo M.G.L. c. 258C y 940 CMR 14.00.

Yo certifico, bajo las penalidades de perjurio, que la información en ésta solicitud es veraz y correcta hasta lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Padre o guardián si la víctima is menor.*